|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第5-3号 |  |  |  |  |  |  |
|  | 地域生活支援事業　支給変更申請書 |  |
| 長久手市福祉事務所長　殿 |  | 申請年月日 | 　　 年 月 日 |
| 次のとおり申請します。 |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　印個人番号： |  |
| 利用者証番号 |  |
| 居住地 | 〒  |
|  |
|  | 電話番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
| 支給申請に係る児童氏名 | 個人番号： |
| 続　柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
| 療育手帳番号 |  | 自立支援医療(精神)番号 |  |
|  |
| サービス利用の状況 | 地域生活支援福祉サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 介護給付訓練等給付 | 障害程度区分の認定 | 有・無 | 区分 １ ２ ３ ４ ５ ６ | 有効期間 | 　　 年 月 日から　　 年 月 日まで |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援（　）・要介護　１　２　３　４　５ |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 世帯区分 | □生活保護　□低所得　□一般　 |
| 変更の理由 |  |
|  |
| 申請する支援の種類・内容 |
| □ 移動支援事業 |  時間／月 |
| □ 訪問入浴サービス事業 |  回／月 |
| □ 地域活動支援センター事業 |  回／月 |
| □ 日中一時支援事業 |  回／月 |
|  |  |
|  |  |
|  |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒  |
|  |
|  | 電話番号 |  |
|  |